

(表面)

宛名用窓枠 100×55

999-9999
 東京都〇〇区NN坂9丁目9番9号
 NNNNNNN
 9号棟999号室

健診 太郎 様 00000001

・この券を使えば、特定保健指導は無料
(案内文をご覧ください)

・利用券と保険証を忘れずに持参すること

・特定保健指導中に組合員資格を喪失した場合、
支部に必ず伝えること

注意事項

特定健診を実施した医療機関でのみ、この券が
利用できます。
利用するには、医療機関に電話で予約してく

被保険者用特定保健指導利用券 (2回目以降)

2016年(平成28年) 9月 1日交付

保険者番号 00133298 利用券整理番号 1620000001
 氏名 健診 太郎
 性別 男
 保健指導実施機関名 _____

特定保健指導利用券

2016年(平成28年) 9月 1日交付

利用券整理番号 1620000001
 受診券整理番号 1610000001
 受診者の氏名 健診 太郎
 性別 男
 生年月日 1957年(昭和 32年) 12月 31日
 有効期限 2017年(平成 29年) 3月 31日

特定保健指導区分	窓口の自己負担※		保険者負担上限額
	負担額	負担率	
積極的支援	0円	—	—

※自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保険者所在地 東京都中央区日本橋箱崎町12-4

保険者電話番号 03-5652-7032

保険者番号・名称 00133298

全国建設工事業国民健康保険組合

公印
省略

契約とりまとめ機関名 集合B 医師会 個別契約

支払代行機関番号 ※1 91399022

支払代行機関名 ※1 東京都国民健康保険団体連合会

※1 実施機関の所在する国保連合会番号、名称に読み替えてください

差出人用窓枠

〒103-0015
 東京都中央区日本橋箱崎町12-4

全国建設工事業国民健康保険組合
 監理課 保健事業係
 TEL 03-5652-7032

保健指導実施予定

指導形態	予定日	実施
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM/PM	

行動目標・行動計画

項目	行動目標/行動計画
腹囲	
体重	
収縮期血圧(上の血圧)	
拡張期血圧(下の血圧)	
1日の削減 目標エネルギー量	
1日の運動による 目標エネルギー量	
1日の食事による 目標エネルギー量	

平成28年度特定保健指導利用券 裏面

注意事項

(裏面)

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口提出してください。
どちらか一方だけでは受診できません。
2. 医療機関を受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けても良いかどうかを確認してください。
3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回以降利用時以降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。